

**Réseau local d'intégration des services de santé
du Sud-Ouest
Rapport annuel de 2012-2013**



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé

Table des matières

Un message de Jeff Low, le président du conseil d'administration, et de Michael Barrett, le directeur général	5
Membres du conseil d'administration, au 31 mars 2013	6
Le RLISS du Sud-Ouest et ses fournisseurs de services de santé	7
Profil démographique	8
Profil démographique en matière de santé	9
Profil des ressources humaines dans le domaine de la santé	10
Participation communautaire	11
Faire participer notre collectivité	12
Réunions publiques	12
Participation communautaire des francophones	13
Plan de services de santé intégrés 2010-2013 : initiatives et principales réalisations	14
Activités d'intégration.....	18
Indicateurs de rendement - Entente de responsabilisation ministère-RLISS 2012-13	22
Rendement.....	23
Rendement de l'exploitation	25
États financiers	27

Un message de Jeff Low, le président du conseil d'administration, et de Michael Barrett, le directeur général

Il semble que nous venons tout juste d'annoncer le lancement de notre second Plan de services de santé intégrés (PSSI) triennal, celui de 2010-2013; ce document de base motive tout ce que nous faisons, chaque initiative que nous finançons, chaque partenariat que nous favorisons. Et maintenant, alors que nous nous apprêtons à lancer notre troisième PSSI, nous examinons à quel point nous avons réussi, ces trois dernières années.

Il y a trois ans, nous savions nous trouver devant une tâche énorme et que ce ne serait qu'avec le soutien de tous nos fournisseurs de services de santé et des collectivités que nous desservons que nous pourrions nous rapprocher du système de soins de santé pleinement intégré qui est décrit dans Plan directeur de conception du système de santé – Vision 2022.

Il nous reste encore beaucoup de chemin à parcourir, mais nous avons franchi de grands pas pour ce qui est de réunir les organismes en vue d'offrir de meilleurs aboutissements en matière de santé. Bien que toutes les initiatives que nous appuyons soient importantes, nous aimerions en souligner quelques-unes qui se démarquent comme contribuant vraiment à la transformation du système de santé lequel.

Le protocole à numéro unique que nous avons élaboré au sein du RLIS du Sud-Ouest a permis de réunir tous les hôpitaux de notre territoire géographique pour faire en sorte que les malades en phase critique reçoivent les soins dont ils ont besoin, au moment voulu et au bon endroit. Nous avons également mis en œuvre « Vie ou membre : politique de non-refus », pour veiller à ce qu'une personne qui risque de mourir ou de perdre un membre ne soit jamais renvoyée à cause d'un manque de lit. Le principe directeur de cette politique est effectivement « le patient d'abord, la place ensuite ». Nous sommes particulièrement fiers de cette initiative, laquelle s'est avérée si bénéfique qu'on est en train de la mettre en œuvre à l'échelle de la province.

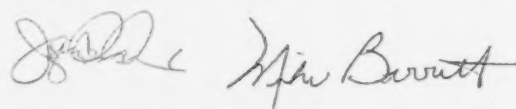
Les temps d'attente sont un autre aspect où il s'est produit des progrès significatifs. Les hôpitaux du secteur de notre RLIS ont connu de grandes améliorations quant à tous les aspects des temps d'attente : chirurgies, tests de diagnostic et visites aux services des urgences. Il y aura toujours des périodes de pointe imprévues dans la demande de certains services, mais dans l'ensemble, nous sommes sur la bonne voie pour ce qui est de réduire les temps d'attente.

En novembre 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la création de Maillons santé, des partenariats qui placent les personnes au cœur de leurs soins, avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire. Le premier Maillon santé du RLIS du Sud-Ouest sera dans le comté de Perth, l'Équipe Santé familiale de North Perth en étant le principal partenaire.

L'équipe de cybersanté du RLIS du Sud-Ouest a également mis en œuvre l'interface SPIRE, un système qui relie les dossiers des hôpitaux aux dossiers médicaux électroniques des médecins de famille; les résultats des tests et les renseignements sur l'hospitalisation et le congé sont ainsi accessibles instantanément au médecin de famille du patient ou de la patiente, ce qui permet d'effectuer un suivi approprié.

Accès aux soins est une autre initiative digne de mention; cette démarche se concentre sur le fait d'aider des gens à vivre dans leur domicile aussi longtemps que possible, en particulier des personnes âgées et des adultes ayant des besoins complexes, grâce à des mesures de soutien communautaires. Les trois initiatives qui sont chapeautées par Accès aux soins (*Chez soi en premier, Soins continus complexes et de réadaptation, Programmes de jour pour adultes-services d'aide à la vie autonome-logements avec services de soutien*) aident des gens à éviter ou à retarder l'admission dans un foyer des soins de longue durée.

Ce n'est là qu'un bref échantillon des dizaines d'initiatives qui sont en cours. En lançant notre troisième PSSI, nous sommes enthousiasmés à propos des trois prochaines années. Les fournisseurs de services de santé du RLIS du Sud-Ouest ont travaillé en collaboration, avec nous et entre eux, pour transformer le système de soins de santé. Nous sommes reconnaissants de leur soutien puisque sans eux, la transformation serait hors de notre portée. Nous voulons aussi remercier le conseil d'administration, l'équipe de direction et tous les membres du personnel du RLIS du Sud-Ouest, de leur travail soutenu visant à créer un système de soins de santé plus sain pour tous les habitants du secteur du RLIS du Sud-Ouest.



Membres du conseil d'administration, au 31 mars 2013

(Veuillez noter qu'il y avait deux postes vacants, le 31 mars 2013)

Jeff Low (London), président
Du 7 février 2011 au 6 février 2014

Ron Bolton (St. Marys)
Vice-président
Du 12 mai 2010 au 11 mai 2013

Sheryl Feagan (Goderich)
Du 8 juillet 2010 au 7 juillet 2013

Ron Lipsett (Annan)
Du 28 juillet 2010 au 27 juillet 2013

Gerry Moss (Port Elgin)
Du 17 mai 2011 au 16 mai 2014

Aniko Varpalotai (comté d'Elgin)
Du 3 octobre 2012 au 2 octobre 2015

Barbara West-Bartley (Warton)
Du 18 avril 2011 au 17 avril 2014

Membre dont le mandat est échu en 2011-2012.

Linda Stevenson, le 15 mai 2012

Le RLISS du Sud-Ouest souligne avec reconnaissance l'importante contribution que Linda a apportée durant ses années de service, au sein du conseil. Pendant ses deux mandats, on a demandé à Linda de jouer le rôle de présidente intérimaire ainsi que de vice-présidente; grâce à son dévouement et à ses introspections exemplaires, Linda s'est avérée être une membre clé du conseil d'administration.

Le RLISS du Sud-Ouest et ses fournisseurs de services de santé

Le RLISS du Sud-Ouest a été créé en 2005 en vue de planifier, de financer et d'intégrer les services de santé dans un secteur géographique qui va de la pointe de la Péninsule Bruce jusqu'aux rives du Lac Érié. Notre région inclut des hôpitaux d'enseignement de renommée mondiale, comme le London Health Sciences Centre, et des hôpitaux de taille moyenne dans des villes comme Owen Sound, Stratford et Woodstock. Nous comptons plus de deux douzaines d'emplacements hospitaliers, lesquels desservent les petites municipalités et les collectivités agricoles de l'ensemble de notre RLISS. Chacun a un rôle à jouer pour ce qui est d'offrir un système de soins de santé de qualité qui puisse être viable à l'avenir.

Le rôle du RLISS consiste en bonne partie à veiller à faire un usage optimal de toutes les ressources de soins de santé, y compris des organismes qui offrent des services communautaires bien nécessaires. Nous avons récemment élaboré notre troisième Plan de services de santé intégrés (PSSI), lequel va orienter nos activités et nos initiatives durant les trois prochaines années et se concentrer sur le fait d'aider des gens à *vivre en santé, de façon autonome et en sécurité, à domicile*.

Les hôpitaux du secteur du RLISS offrent des soins actifs exceptionnels aux personnes très malades; nos foyers de soins de longue durée sont là pour celles dont les besoins en matière de soins sont devenus trop grands pour la collectivité. Cependant, pour la grande majorité des gens qui ont besoin de soutien, la collectivité d'attache peut répondre à ces besoins et elle devrait le faire. Qu'il s'agisse de soins à domicile offerts par une préposée ou un préposé aux services de soutien à la personne ou d'un programme de jour pour adultes à l'intention de personnes atteintes de démence, ces services communautaires constituent un aspect clé de la viabilité future du système de soins de santé.

La population du RLISS obtient des services d'une gamme d'organismes dans les secteurs des services communautaires, des soins de longue durée et des soins actifs.

Les organismes suivants, que finance le RLISS, jouent un rôle crucial dans la prestation des services aux habitants de son secteur :

- 20 associations hospitalières (33 emplacements);
- 78 foyers de soins de longue durée;



- 60 organismes de services de soutien communautaires;
- 38 organismes s'occupant de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie;
- cinq centres de santé communautaire;
- un centre d'accès aux soins communautaires.

De plus, les organismes qui ne sont pas financés par le RLISS, comme les Équipes Santé familiale, les organismes de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les médecins exerçant en cabinet particulier, les bureaux de santé publique, les services médicaux d'urgence et les laboratoires jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de santé primaires. Bien que ces services ne relèvent pas du mandat du RLISS, il est crucial de les comprendre et de collaborer avec eux si nous voulons élaborer un plan d'intégration et de coordination couvrant l'ensemble du système.

Profil démographique

Source : *Analyse de la conjoncture*

Le RLISS du Sud-Ouest compte 962 500 habitants, soit 7,2 pour 100 de la population de l'Ontario. London est le plus grand centre urbain (population de 100 000 et plus) du secteur du RLISS du Sud-Ouest, comptant une population de 366 150 personnes, soit environ 40 pour 100 des habitants. Près de 30 pour 100 de la population desservie par le RLISS du Sud-Ouest vit en région rurale et tout juste plus de 30 pour 100 habitent des agglomérations de petite ou de moyenne taille.

Les projections démographiques quant au RLISS du Sud-Ouest laissent croire que la croissance de la population y sera plus faible que dans l'ensemble de l'Ontario. D'ici 2015, la population du RLISS croîtra d'environ 3,5 pour 100, comparativement à 6,2 pour 100 dans l'ensemble de la province; d'ici 2021, la population devrait augmenter de 7,5 pour 100 (comparativement à une hausse projetée de 13 pour 100 dans l'ensemble de l'Ontario).

Près de 16 pour 100 des habitants du RLISS sont âgés de 65 ans ou plus. Cela représente une hausse de 14,6 pour 100 par rapport à 2006. D'ici 2016, les personnes âgées représenteront 18 pour 100 de la population du secteur du RLISS; d'ici 2021, ce sera 20,5 pour 100. La population RLISS du Sud-Ouest vieillit légèrement plus vite que celle de l'ensemble de la province.

En 2006, environ 85 pour 100 de la population du RLISS signalait l'anglais comme langue maternelle. Bien que 14,8 pour 100 des habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest aient été des immigrants, en 2006, moins de deux pour cent étaient des immigrants récents, arrivés au Canada entre 2001 et 2006. Selon les données du recensement de 2006, les francophones représentent tout juste un peu moins de 1,5 pour 100 et les Autochtones 1,4 pour 100 de la population du RLISS du Sud-Ouest. Les collectivités des immigrants, des francophones et des Autochtones ont tendance à avoir du mal à évaluer les services de soins de santé, à cause d'obstacles culturels et linguistiques.

Caractéristiques socio-économiques de la population desservie par le RLISS du Sud-Ouest

Dans l'ensemble, la population du RLISS est inférieure à la moyenne ontarienne quant à un certain nombre de mesures, dont le taux de chômage, l'éducation et le pourcentage d'habitants à faible revenu.

	Sud-Ouest	Ontario	Comparaison à l'Ontario
Taux de chômage en 2011 (15 ans ou plus)	7,6 %	7,8 %	
Éducation			
Sans certificat ou diplôme (25 à 64 ans)	16,6 %	13,5 %	3 ^e rang supérieur
Éducation postsecondaire terminée (25 à 64 ans)	55,8 %	61,4 %	3 ^e rang inférieur
Faible revenu	11,1 %	14,7 %	

Profil démographique en matière de santé

En élaborant un plan stratégique quant au système de santé, il est important de comprendre la situation de la population au point de vue de la santé, laquelle influe probablement sur les besoins de la population en matière de soins de santé. La prévalence des maladies chroniques et l'accessibilité des soins primaires sont des préoccupations clés chez la population du secteur du RLISS du Sud-Ouest.

État de santé en général

Trois habitants sur cinq du secteur du RLISS du Sud-Ouest se disent en *très bonne* ou *excellente* santé et trois sur quatre signalent avoir une santé mentale *très bonne* ou *excellente*. Bien que cette proportion diminue avec l'âge, 44 pour 100 des personnes âgées de 75 ans ou plus continuent d'indiquer être en très bonne ou excellente santé. Environ 13 pour 100 des habitants du secteur du RLISS disent éprouver habituellement de la douleur ou de l'inconfort moyen ou grave et 30 pour 100 indiquent être limités dans leurs activités à cause de troubles de santé physique ou mentale de longue durée. Fait non surprenant, la prévalence de la douleur et/ou de l'inconfort et des contraintes d'activités augmente avec l'âge.

La majorité, soit 92 pour 100, des habitants du secteur du RLISS signalent avoir un médecin habituel (taux semblable à la moyenne provinciale).

Facteurs de risque

Environ un habitant sur cinq, dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest, est fumeur et 17 pour 100 boivent beaucoup (semblable au taux provincial). La proportion des fumeurs et des buveurs excessifs diminue avec l'âge. Plus de la moitié (56 pour 100) des habitants du RLISS font de l'embonpoint ou sont obèses, ce qui est passablement plus élevé que la

moyenne provinciale de 52 pour 100. Parmi les habitants du secteur du RLISS qui sont âgés de 65 à 74 ans, 68 pour 100 font de l'embonpoint ou sont obèses. La moitié des habitants du secteur sont physiquement inactifs et près de six sur dix signalent ne pas consommer suffisamment de fruits et de légumes (moins de 5 portions par jour).

Espérance de vie et principales causes de décès

Les habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest ont une espérance de vie légèrement inférieure (à la naissance et à 65 ans) à celle de l'ensemble de l'Ontario. La cardiopathie ischémique, le cancer du poumon, les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), le cancer du sein et le cancer du système lymphatique et/ou du sang sont les principales causes de décès.

Maladies chroniques

Environ 38 pour 100 des habitants du Sud-Ouest (12 ans et plus) sont atteints d'un état pathologique chronique et 16 pour 100 sont atteints d'états pathologiques multiples. La prévalence des états pathologiques chroniques multiples augmente de façon spectaculaire avec l'âge; 45 pour 100 des habitants du secteur du RLISS qui sont âgés de 65 à 74 ans et 56 pour 100 de ceux ayant 75 ans ou plus sont atteints de deux états pathologiques chroniques ou plus. Les états pathologiques chroniques expliquent six décès sur dix, une mise en congé sur quatre depuis un hôpital de soins actifs et une journée sur quatre passées dans un hôpital de soins actifs, en ce qui concerne les habitants du secteur du RLISS. La prévalence de la plupart des états pathologiques chroniques dans le Sud-Ouest est semblable au taux provincial, comme le décrit le tableau ci-dessous; cependant, les taux de mortalité et d'hospitalisation liés à tous ces états, sauf pour l'asthme, sont plus élevés que les taux provinciaux.

État pathologique	RLISS du Sud-Ouest	Ontario
Prévalence (2009-2010), taux par 100, 12 ans ou plus		
Arthrite (14 ans ou plus)	18,9	17,2
Asthme	7,5	8,4
Cancer	2,2	1,9
MPOC (35 ans ou plus)	4,8	4,2
Diabète	6,2	6,9
Hypertension artérielle	18,5	17,4

Cardiopathie	5,1	4,9
Conséquences d'un accident vasculaire cérébral	1,4†	1,1
État pathologique chronique	37,6	37,0
Multiples états pathologiques chroniques ¹	15,6	15,2

Soins primaires

Il y a 559 médecins de soins primaires et 66 groupes de soins primaires (ex. : Équipes Santé familiale, organismes de santé familiale, etc.) dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest. Deux programmes provinciaux clés sont en train d'améliorer l'accès : les modèles d'inscription aux soins primaires (*Primary Care Enrollment Model* [PEM]) et le programme Accès Soins.

Les modèles d'inscription aux soins primaires sont des modèles de financement et de rémunération des soins qui se concentrent sur l'ensemble des soins dont le patient a besoin, pas sur le nombre de services dispensés par un médecin. La plupart des modèles permettent aux patients d'avoir accès à tous les membres du groupe d'inscription qui offrent des soins primaires, aux cliniques de garde et/ou au Service téléphonique d'aide médicale. Près de 736 000 habitants du secteur du RLISS du Sud-Ouest (78 pour 100 des personnes admissibles) sont inscrits auprès d'un modèle d'inscription aux soins primaires, soit une augmentation d'environ deux pour cent par rapport à l'an dernier.

Le programme Accès Soins, un service qui permet aux gens de trouver un médecin de famille, a commencé en février 2009. Entre cette date et avril 2012, 18 300 habitants du RLISS se sont inscrits au programme et 81 pour 100 d'entre eux ont été acheminés vers un fournisseur de services de santé familiale. Cette dernière année (2011-2012), 8 900 personnes se sont inscrites et 6 600 (74 pour 100) ont été acheminées. En 2011-2012, 825 personnes « vulnérables et ayant des besoins complexes » se sont inscrites auprès du programme Accès Soins (9 pour 100 des nouveaux inscrits). De ce nombre, 69 pour 100 (571) ont été acheminées vers un fournisseur de services de santé familiale.

Profil des ressources humaines dans le domaine de la santé

La prestation des services de santé dépend de ressources humaines réglementées et non

réglementées du domaine de la santé, d'un bout à l'autre du secteur du RLISS. Les ressources réglementées incluent des disciplines comme celles des médecins, du personnel infirmier, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des orthophonistes, des sages-femmes, des podologues, des pharmaciens, des audiologistes, des diététistes, des massothérapeutes, des psychologues et des inhalothérapeutes. Les ressources non réglementées, comme les préposés aux services de soutien à la personne, les acuponcteurs, les naturopathes et les chiropraticiens jouent aussi un rôle essentiel dans la prestation des services de santé.

Médecins

De 2006 à 2010, le nombre total de médecins faisant partie du RLISS du Sud-Ouest s'est accru de 9,9 pour 100, passant de 1 706 à 1 875. Le taux du nombre total de médecins par rapport à la population, dans le Sud-Ouest, est passé de 182,0 médecins par 100 000 habitants à 196,9, de 2006 à 2010. Le taux du nombre de médecins de famille par rapport à la population, dans le Sud-Ouest, était semblable à celui de la province en 2010 (188,3 par 100 000 habitants), mais il y avait un peu plus de spécialistes par 100 000 personnes.

Personnel infirmier

De 2006 à 2010, le nombre total d'infirmières et d'infirmiers, dans le Sud-Ouest, a augmenté de 5,7 pour 100 pour passer de 11 260 à un total de 11 901, tandis que le taux d'infirmières et d'infirmiers par rapport à la population s'est accru, passant de 1 201,3 infirmières et infirmiers par 100 000 habitants à 1 249,8. Comparativement à la province, le Sud-Ouest présentait des taux plus élevés d'infirmières et d'infirmiers autorisés, d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés ainsi que d'infirmières et d'infirmiers praticiens par 100 000 habitants en 2010 (95,6 par 100 000 habitants). Le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens, dans le Sud-Ouest, s'est presque multiplié par trois (augmentation de 192,0 pour 100, de 2006 (50) à 2010 (146).

Participation communautaire

Notre plan de communications et de participation communautaire se concentre sur le fait de miser sur des possibilités et d'établir des rapports avec nos auditoires. La participation continue avec nos fournisseurs de services de santé, nos intervenants et le public fait partie intégrante de notre processus. En 2012-2013, une partie significative de nos activités de participation communautaire s'est concentrée sur l'obtention de commentaires et d'observations auprès de divers groupes d'intervenants relativement aux orientations stratégiques de notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2013-2016.

Nous avons commencé par l'étape de la pré-élaboration de notre PSSI, en février, en utilisant nos tables des fournisseurs régionaux, nos groupes consultatifs sur la qualité et le Conseil de leadership quant au système de santé pour aider à déterminer le processus de participation qui serait nécessaire à l'élaboration de notre ébauche de PSSI. Ces discussions ont été importantes pour ce qui est de veiller à sensibiliser les intervenants au processus

que nous proposons; leur participation a contribué à déterminer la ligne de conduite finale que le RLISS a suivie quant à sa stratégie de communication et de participation communautaire.

Nous avons alors mobilisé notre liste complète de groupes d'intervenants, au moyen d'ateliers et de consultations ciblées de collectivités particulières, ainsi que le public tout au long de l'été et de l'automne, pour informer et valider nos orientations stratégiques et mieux connaître leurs points de vue quant à nos plans d'avenir relativement au système de santé. La gamme complète de ces collaborations et de ces participations nous a aidés à parfaire et à améliorer le PSSI; les préoccupations, commentaires, idées et problèmes des fournisseurs et du public ont continué d'informer la création du document final, que le conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest recevra en vue de la réunion de novembre et qui sera soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'ici au 30 novembre.

Auditoires d'intervenants	
Comité directeur autochtone	Réseau de soins de fin de vie
Groupe central sur Accès aux soins	Conseil consultatif des services de santé en français
Table des fournisseurs régionaux (Elgin)	Conseil d'administration de l'entité de planification des services en français
Table des fournisseurs régionaux (Coalition des services de santé intégrés de Grey)	Conseil de leadership quant au système de santé
Table des fournisseurs régionaux (conseil des fournisseurs de Huron-Perth)	Forum de leadership des directrices et directeurs généraux des hôpitaux, des CASC et du RLISS
Table des fournisseurs régionaux (London)	Conseil du réseau des foyers de soins de longue durée
Table des fournisseurs régionaux (Middlesex)	Foyers de soins de longue durée
Table des fournisseurs régionaux (Oxford)	Réunion de district de l'Association ontarienne de soutien communautaire
Groupe de référence de conseils à conseils	Partenariat de qualité
Réseau de prévention et de gestion des maladies chroniques	Réseau de soins primaires
Centres de santé communautaire	Groupe consultatif sur la qualité
Réseau de soins critiques	Coalition d'organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie du Sud-Ouest

Nous avons utilisé diverses méthodes pour rejoindre un vaste échantillon de la collectivité, pour sensibiliser les gens et leur permettre de formuler des commentaires et des observations quant à notre PSSI de 2013-2016. Ces méthodes et les auditoires ciblés apparaissent ci-dessous.

Auditoires	Communications	Stratégies et/ou outils
Fournisseurs et/ou professionnels des services de santé	Site Web du RLISS du Sud-Ouest (renseignements détaillés continuellement mis à jour) Autres sites Web, y compris ceux de fournisseurs de services de santé Affiches Médias sociaux Bulletin Exchange E-Newsletter, numéro du mois d'août	24 réunions en compagnie de fournisseurs de services de santé et/ou d'intervenants. Sondage en ligne Guide de discussion autodirigée en groupe
Public, familles	Le site Web du RLISS du Sud-Ouest (renseignements détaillés continuellement mis à jour) Autres sites Web, y compris des bulletins communautaires Affiches Médias sociaux Publicité à la radio et dans les journaux Communiqués de presse engendrant une couverture dans les médias Bulletin Exchange E-Newsletter, numéro du mois d'août	8 réunions publiques : St. Thomas, Stratford, Wingham, Kincardine, Woodstock, Owen Sound, London (en français et en anglais) Webémission comprenant de l'information et une période de Q. et R. Sondage en ligne Guide de discussion autodirigée en groupe

Faire participer notre collectivité

Nos séances de participation comprenaient des forums tenus en compagnie de fournisseurs de services de santé, de leaders de la collectivité et du public, lesquels invitaient les gens à soumettre de la rétroaction et des commentaires détaillés sur l'ébauche de nos orientations stratégiques et de nos objectifs à l'égard du système de santé local du RLISS du Sud-Ouest.

- Sept séances communautaires.
- Une séance communautaire à l'intention des francophones.
- Une séance à l'intention des Autochtones.
- Sondage en ligne auprès de 222 répondants.

Nos séances de participation vont se poursuivre grâce à la création d'un plan de communications et de participation communautaire de 2013-2015, lequel misera sur des possibilités et permettra d'élaborer des tactiques et des outils visant à faire participer tous les intervenants et à communiquer davantage les

orientations stratégiques et les principales initiatives de mise en oeuvre.

Réunions publiques

Ces séances visaient les objectifs suivants :

- transmettre à la collectivité la vision, la mission et les valeurs du RLISS du Sud-Ouest;
- mettre la collectivité à jour quant au PSSI 2013-2016;
- recenser des priorités et des stratégies relativement au système de santé local;
- laisser la collectivité exprimer ses idées et sa rétroaction quant à la proposition du PSSI, en particulier relativement aux propositions d'orientations stratégiques et des objectifs connexes.

Nous avons recouru à une démarche d'atelier animé pour donner un bref aperçu aux participantes et participants, lors de chaque séance. Nous avons invité les participants à poser des questions. Nous avons alors tenu deux ensembles de séances en petits

groupes quant à chacune des quatre orientations stratégiques, lors de chaque réunion publique.

En plus de fournir de la rétroaction verbale, les participants ont rempli une formule d'évaluation et/ou de rétroaction d'une page portant sur la réunion publique. Nous leur avons demandé de choisir l'orientation stratégique la plus importante et de fournir toute rétroaction supplémentaire. Enfin, plusieurs questions d'évaluation portaient sur le format de la séance et sur l'information transmise.

Tout au long du mois de septembre et durant la première semaine d'octobre, des réunions publiques se sont tenues à St. Thomas, Stratford, London (pour Autochtones, en français et en anglais), Wingham, Kincardine, Woodstock et Owen Sound. Nous avons également diffusé une webémission. En tout, 178 personnes ont assisté aux séances.

Participation communautaire des francophones

Une réunion publique particulière s'est tenue entièrement en français, à l'École Mgr Bruyère, et une réunion de mobilisation particulière des intervenants s'est tenue en compagnie du conseil d'administration de l'entité de planification des services de santé en français, en plus du sondage en ligne qui était offert en français. Vingt-quatre répondants ont utilisé la version française du sondage en ligne.

Qui a communiqué avec nous

La réunion publique en français a attiré 17 participants et participantes. Parmi les 24 participants au sondage en ligne en français, les répondants étaient surtout des femmes (67 pour 100) âgées de 45 à 65 ans (42 pour 100). Les deux tiers des répondants et répondantes habitent la ville de London. Neuf conseils d'administration d'entité de planification des services de santé en français étaient représentés lors de la réunion de participation des intervenants.

Ce qu'ont dit les participants

L'accès en temps opportun aux soins de santé familiale est important pour eux, surtout les services qui visent des personnes âgées francophones dans les domaines de la promotion de la santé et de l'autogestion. La coordination entre les contextes de soins exige un travail d'équipe accru et des gens qui connaissent les services qui sont offerts dans la collectivité. On avait

l'impression que la prestation des services en français est souvent laissée à la bonne volonté des fournisseurs et qu'elle ne reste qu'un « vœu pieux ». On a l'impression qu'il devrait y avoir des conséquences si les services ne sont pas offerts en français conformément à la loi ou aux règlements.

Le manque de travailleurs et travailleuses de la santé bilingues préoccupe la collectivité francophone. On avait l'impression que les gens ne se disent pas bilingues parce que rien ne les incite à le faire (on a suggéré de payer davantage en cas de compétence bilingue) et qu'on les décourage de le faire (on leur demande de faire plus que leur charge de travail courante). Les bénéficiaires des services de santé ne se disent pas non plus francophones, parce qu'ils sont habitués de recevoir des services en anglais.

On a établi que les services communautaires en français ne sont pas financés par les RLIS. En fait, on s'inquiète de ce qu'un programme de promotion de la santé cessera lorsque le financement offert par Santé Canada prendra fin, en mars 2013.

On souhaite créer des rapports et/ou des partenariats avec de principaux fournisseurs de services de santé. On a exprimé le besoin d'être mieux informé quant aux défis auxquels font face les fournisseurs de services de santé. On a suggéré que le RLIS fasse part à l'entité de planification des services de santé en français des résultats de ses efforts de participation communautaire.

Conclusion : la collectivité francophone

La collectivité francophone avait l'impression que ses besoins, en matière de soins de santé, ne sont pas différents de ceux de ses homologues anglophones. C'est la mise en œuvre qui pourrait différer, c.-à-d. offrir des services en français. On a l'impression que les francophones ne s'affichent pas (soit les fournisseurs, soit les bénéficiaires des services de santé). On désire voir les fournisseurs de services de santé être davantage encouragés à embaucher des membres du personnel infirmier bilingues et à offrir à ces derniers une rémunération supérieure étant donné leurs compétences en français. L'entité de planification des services de santé en français aimerait que le RLIS revienne, lors d'une future réunion, pour faire part des résultats de ses efforts de participation communautaire, pour permettre de mieux comprendre les défis auxquels font face les fournisseurs de services de santé.

Plan de services de santé intégrés 2010-2013 : initiatives et principales réalisations

Cette dernière année a marqué la dernière étape de notre PSSI de 2010-2013, lequel poursuivait le travail de mise en œuvre de notre premier PSSI, celui de 2007-2010, et cherchait à réaliser l'objectif de notre Plan directeur, soit la création d'un système de soins de santé intégré d'ici 2022. En harmonie avec les priorités provinciales qui se concentrent sur les temps d'attente dans les SDU, sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie ainsi que sur des mesures de soutien communautaire accrues à l'intention des personnes âgées, le plan définissait deux orientations stratégiques axées sur des populations et des services cibles et sur des instruments d'habilitation clés.

Orientation stratégique numéro un :

rehausser la capacité et l'intégration des soins primaires, spécialisés et communautaires

La première orientation stratégique se concentrait sur des populations précises : personnes âgées et adultes ayant des besoins complexes, personnes vivant des défis en matière de santé mentale et de toxicomanie et gens atteints ou risquant d'être atteints de maladies chroniques. En général, ces populations ont tendance à avoir accès et à utiliser une proportion substantielle de nos ressources de soins de santé. Cependant, elles n'ont pas toujours recours à ces ressources au moment opportun, au bon endroit ni par le biais du fournisseur approprié, ce qui mène souvent à une intervention de crise qui aurait pu être évitée si des mesures de dépistage précoce, de gestion et de soutien avaient été mises en place.

Orientation stratégique numéro deux :

rehausser l'accès et la viabilité des soins et des traitements dispensés dans les hôpitaux

La seconde orientation stratégique visait deux objectifs : le premier se rapportait à des défis d'accès aux services des urgences; le second mettait en cause des défis pour ce qui est d'accéder aux services de médecine, de chirurgie et de soins aux malades en phase critique. Nous avons fait appel à la participation d'intervenants oeuvrant au niveau local et de multiples collectivités pour lancer les processus, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins des collectivités.

Nos réalisations : orientation stratégique numéro un

Les personnes âgées et les adultes ayant des besoins complexes : Accès aux soins a réuni tous les partenaires du système et l'initiative Chez soi en premier, pour permettre d'aider à faire passer les patients, sans danger, depuis l'hôpital jusqu'à leur domicile, pour aider des gens à vivre en sécurité et à l'aise dans la collectivité, pour faire un meilleur usage du système de santé et pour améliorer la qualité des soins pour tous. La mise en œuvre de Chez soi en premier visait à s'assurer que lors de l'admission d'un patient ou d'une patiente à l'hôpital, les médecins, le personnel hospitalier et le CASC du Sud-Ouest travaillent immédiatement ensemble pour faire en sorte que le patient retourne à domicile lorsqu'il

obtient son congé, dans la mesure du possible. Comme le nom le suppose, le programme Chez soi en premier croit que le domicile est la destination préférée lors de la mise en congé. Une fois la patiente ou le patient revenu à domicile, on peut faire des choix éclairés quant aux futurs besoins en disposant de toute l'information et de toute l'aide requises. Le programme Chez soi en premier fait participer activement tout le monde aux décisions en matière de soins.

Durant la première année du programme, les hôpitaux participants ont signalé une augmentation des acheminements vers le CASC et, au 30

septembre 2012, plus de 206 clients avaient obtenu leur congé après la mise en place d'un plan intensif de soins personnalisés, libérant des lits bien nécessaires à l'intention de patients de soins actifs. Parmi les clients revenus à domicile, seulement trois pour cent ont été réadmis à l'hôpital. Misant sur ces résultats prometteurs, nous allons poursuivre la mise en œuvre du programme dans l'ensemble du secteur du RLISS du Sud-Ouest. Nous effectuons maintenant un dépistage précoce des clients, lors de leur séjour à l'hôpital, quant au risque de mise en congé complexe, et nous les acheminons d'office vers le CASC. La mise en œuvre de Chez soi en premier signifie que moins de gens doivent attendre, à l'hôpital, en vue d'obtenir des soins de longue durée.

Deux autres composantes clés de la stratégie permettent d'assurer l'accès aux programmes de jour pour adultes et aux services d'aide à la vie autonome (soutien de garde 24 heures par jour, 7 jours sur 7 et soutien personnel prévu) dans des régions clés de notre RLISS et l'accès à des soins continus complexes et à des services de réadaptation à l'hôpital.

Santé mentale et toxicomanie : La mise en œuvre d'un outil validé et normalisé d'évaluation commune (Évaluation commune des besoins en Ontario [ECBO]) aidera à mieux déterminer les besoins des gens qui vivent des défis en matière de santé mentale et de toxicomanie, pour que nous puissions mieux les jumeler aux services appropriés, offerts dans la collectivité par des fournisseurs de soins de confiance. L'outil ECBO, joint à la mise en œuvre du Dossier d'évaluation médicale intégré (DEMI), profitera davantage aux clients et aux fournisseurs de soins en réduisant le doublement des évaluations

et en améliorant l'échange de renseignements de santé importants entre les organismes. L'initiative Telemedicine Nursing Resources for Mental Health and Addictions (ressources de soins infirmiers de télémédecine en matière de santé mentale et de toxicomanie) est en train de mettre en œuvre des services de télémédecine qui permettront de soigner des patients situés d'un bout à l'autre du secteur du RLISS du Sud-Ouest.

Maladies chroniques : Nous avons fait des progrès en matière de soins primaires et de services communautaires grâce à des pratiques exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques. Des initiatives comme le réseau de prévention et de gestion des maladies chroniques, le Programme d'autogestion du Sud-Ouest, le Projet d'amélioration de l'éducation sur le diabète et le Partenariat de qualité de soins pour les maladies chroniques sont en place et ils fonctionnent pour fournir une meilleure communication entre les partenaires ainsi que de l'éducation et de l'accès à des gens qui sont atteints de maladies chroniques. Les gens ont maintenant accès à des outils et à des techniques d'autogestion à portée de la main, grâce à lignesantésud-ouest.ca.

D'après Partenariats pour la santé (*Partnerships for Health*) (une initiative triennale axée sur la gestion du diabète), 100 pour 100 des partenaires indiquent avoir vu une amélioration de la communication entre les partenaires, 100 pour 100 des médecins disent que le fait d'avoir un gestionnaire de cas au sein de l'équipe de soins rehausse les soins offerts aux patients, 89 pour 100 disent que cela facilite l'acheminement en temps opportun et 93 pour 100 disent que cela améliore leur connaissance des ressources communautaires.

Ce que nous avons accompli : orientation stratégique numéro deux

Service des urgences : Grâce à la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration des services des urgences (programme de financement axé sur les résultats des SDU et Programme d'amélioration du fonctionnement des salles des urgences), des améliorations significatives des temps d'attente ont été réalisées. Comparativement au reste de la province, le RLISS du Sud-Ouest a invariablement certains des temps d'attente les plus faibles quant aux soins d'urgence. Grâce à cette réussite, on a mobilisé des efforts pour

maintenir les améliorations au niveau des SDU et propager l'apprentissage à des emplacements additionnels du secteur du RLISS. Durant les deux ou trois prochaines années, quatre hôpitaux supplémentaires du RLISS du Sud-Ouest mettront en œuvre l'amélioration des processus et les techniques de transfert des connaissances de l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin pour miser sur le succès, dans l'ensemble du secteur du RLISS.

Scintillographies de diagnostic : Le RLSS du Sud-Ouest a mené la création d'une équipe de travail sur l'IRM à l'échelle du secteur, pour réaliser des progrès significatifs en matière de réduction des temps d'attente d'IRM. Dans la première entente de responsabilisation du RLSS, la ligne de référence initiale quant aux temps d'attente était de 169 jours. En avril 2012, ce temps avait été réduit à 50 jours grâce à des changements de processus visant à améliorer la façon de prévoir les rendez-vous et le flux des patients, changements engendrés par le travail de l'équipe. Les temps d'attente ont augmenté ces derniers mois et, en août 2012, le 90^e percentile des temps d'attente s'était accru à 65 jours, par suite d'une hausse du volume. Pour aborder cela, l'équipe de travail sur l'IRM a évolué pour devenir une équipe de travail sur l'imagerie diagnostique à l'échelle du RLSS, en vue de déterminer les causes fondamentales de la hausse des temps d'attente et veiller à ce que les acheminements s'effectuent de façon appropriée.

Chirurgies de cancer : Ces deux ou trois dernières années, le RLSS du Sud-Ouest et le Programme régional de cancérologie du Sud-Ouest ont mené un travail coordonné et à multiples facettes en vue d'améliorer les temps d'attente à l'égard des patients cancéreux, ce qui a engendré une amélioration significative. D'avril 2010 à septembre 2012, les temps d'attente quant à 90 pour 100 de tous les clients devant subir une chirurgie de cancer ont diminué de 25 jours. La chirurgie s'effectue maintenant dans un délai de 62 jours quant à 90 pour 100 de tous les clients ayant besoin d'une chirurgie

de cancer. Tous les hôpitaux surveillent maintenant des listes de gens qui attendent une chirurgie et ils fournissent de la rétroaction aux chirurgiens si quelqu'un s'approche trop de son seuil de temps d'attente. Certains hôpitaux ont ajouté du temps de chirurgie pour s'occuper des personnes qui attendent depuis trop longtemps. Dans le cas des patients atteints d'un cancer de la prostate, les urologues utilisent maintenant tous la même liste de vérification pour établir l'ordre de priorité des chirurgies. De plus, nous travaillons en collaboration avec le RLSS d'Érie-St-Clair pour nous assurer que les gens puissent recevoir leurs soins à proximité de leur domicile, ce qui permet de faire un meilleur usage des ressources tant dans le secteur du RLSS d'Érie-St-Clair que du RLSS du Sud-Ouest.

Soins aux malades en phase critique : En février 2011, le RLSS du Sud-Ouest a mis en œuvre une politique visant à favoriser l'efficacité de l'acheminement des patients en phase critique (dont la vie ou un membre est en danger). Cette politique permet de veiller à ce que les patients dont l'état est le plus critique soient acheminés vers l'hôpital le plus proche pouvant s'occuper d'eux rapidement et à ce qu'on ne puisse pas refuser l'accès aux soins à ces patients. Pour appuyer cette politique, un médecin extra-muro est accessible 24 heures par jour, 7 jours sur 7 pour fins de consultation; il offre du soutien aux médecins des régions éloignées, dans l'ensemble du secteur du RLSS du Sud-Ouest. Cette politique a tellement bien réussi qu'on l'a mise en œuvre à l'échelle provinciale.

Nous avons également réalisé des progrès quant aux aspects suivants...

Collectivités francophones : Des initiatives précises ont été mises en place pour accroître la capacité des soins primaires, spécialisés et communautaires à l'intention de la collectivité francophone, dont la formation en français de professionnels des services de la santé (34) et l'amélioration des services et des mesures de soutien à l'égard des personnes âgées francophones grâce au programme Wraparound. Ce dernier a été mis en œuvre en collaboration avec le Centre de santé intercommunautaire de London, pour aider les francophones et d'autres immigrants à naviguer au sein du système de santé.

Collectivités autochtones : Des initiatives précises ont été mises en place pour accroître la disponibilité des services à l'égard des collectivités autochtones et l'accès à ces derniers. Nous avons investi 1,2 million de dollars dans l'initiative Vieillir chez soi pour les Autochtones, pour offrir une vaste gamme de services aux personnes âgées autochtones, y compris la gestion des maladies chroniques et le soutien à domicile. En février 2012, la Première Nation Oneida a ouvert le foyer de soins de longue durée Tsi'Nu:Yoyantle Na'Tuhuwatinsi. De plus, le RLSS du Sud-Ouest, en collaboration avec le RLSS d'Érie-St-Clair, a nommé un comité d'experts sur la santé

mentale et la lutte contre la toxicomanie pour élaborer des stratégies visant à améliorer l'accès aux soins, l'accès aux spécialistes, la planification des soins post-intervention et des mises en congé ainsi que des soins et des mesures de soutien appropriés, au point de vue culturel.

Technologie de l'information et des communications : Le site innovateur lignesantésud-ouest.ca est un portail Web qui met des renseignements précis et à jour, sur les services de santé, à portée de la main des consommateurs et des fournisseurs de services de santé de l'ensemble du secteur du RLISS du Sud-Ouest. Cela s'est répandu d'un bout à l'autre de la province. SPIRE (Interface entre les cabinets de médecins du Sud-Ouest et le système régional de DSE) constitue une interface électronique sécurisée entre les dossiers électroniques sur les patients que détiennent les hôpitaux et les cabinets régionaux des médecins participants, ce qui permet de livrer les rapports de radiologie, les résultats des tests de laboratoire et les

notes de façon électronique plutôt que par télécopieur. Plus de la moitié des médecins du RLISS (400) se sont inscrits jusqu'à présent.

Le projet Interconnexion Sud-Ouest de l'Ontario est en train d'intégrer les systèmes de soins de santé des RLISS d'Érie-St-Clair, d'Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant, du Sud-Ouest et de Waterloo-Wellington. Ces quatre RLISS ont formé un groupement qui travaille sous la direction du South West Ontario eHealth Oversight Steering Committee (comité directeur de surveillance de la cybersanté du Sud-Ouest de l'Ontario). Misant sur la réussite d'initiatives locales, régionales et provinciales et sur les investissements effectués quant à ces dernières, Interconnexion Sud-Ouest de l'Ontario travaille en étroite collaboration avec des intervenants pour aborder des besoins locaux et régionaux précis, de façon à permettre d'échanger sans coupure et de façon sécurisée les renseignements électroniques sur les patients.

Activités d'intégration

Les intégrations de services suivantes ont été entreprises et achevées en 2012-2013.

Nouvelle entente de partenariat entre les organismes de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie de Huron-Perth

En juin 2012, les fournisseurs de services de santé suivants de Huron-Perth ont accepté de conclure une nouvelle entente de collaboration : l'Hôpital Alexandra Marine and General, Choices for Change, la filiale de Huron-Perth de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Alliance des soins de santé de Huron-Perth, Phoenix Survivors Perth County et Western Ontario Therapeutic Community Hostel. Ils fonctionnent sous l'égide de la Huron Perth Addiction and Mental Health Alliance.

Cette entente mise sur de longs antécédents de collaboration entre ces fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie par l'entremise du réseau Huron-Perth Mental Health & Addictions Network, lequel est en place depuis 1975. Les services de lutte contre la toxicomanie (Choices for Change) se sont joints au réseau en 2004. Cette nouvelle entente constituait une prochaine étape logique dans la création de services mieux intégrés à l'intention des clients qui sont atteints de troubles de santé mentale et/ou de toxicomanie. Étant donné les futurs défis auxquels feront probablement face tous les organismes financés à même les deniers publics, comme le souligne le récent rapport Drummond, la nouvelle entente aidera aussi les partenaires de l'alliance à rechercher une plus grande efficacité, en travaillant mieux ensemble.

Cette entente de collaboration vise à faciliter l'accès aux services et à aider le public à comprendre un système de services davantage intégré. La nouvelle entente aidera les partenaires de l'alliance à poursuivre une plus grande efficacité, en travaillant mieux ensemble.

Auparavant, les clients devaient appeler de multiples numéros pour demander de l'aide et raconter leur histoire plus d'une fois et les organismes ne pouvaient pas toujours s'échanger l'information. La ligne d'écoute de Huron-Perth sera renommée « ligne secours et de soutien en cas de crise de Huron-Perth ». Grâce au

nouveau système, une personne peut appeler cette ligne n'importe quand et obtenir immédiatement de l'aide quant à son problème ou à sa préoccupation. Avec la permission du client, l'information est transmise au groupe le plus approprié à rappeler, le jour même ou le jour ouvrable suivant. Par le passé, la personne qui avait besoin d'aide devait appeler un organisme d'urgence après avoir obtenu des coordonnées. La ligne secours et le soutien en cas de crise vont continuer d'être le service d'appoint, après les heures normales d'ouverture, pour les organismes partenaires.

Les avantages et les améliorations que l'alliance a mis en œuvre comprennent les suivants :

- les partenaires sont mutuellement redevables l'un envers l'autre (et envers leur conseil d'administration bénévole) quant à la gestion et à la prestation des services;
- il y a un seul numéro d'accès sous le nom de Huron Perth Addiction and Mental Health Alliance;
- une ligne secours aidera les gens à trouver les services appropriés;
- les gens auront à fournir leurs renseignements seulement une fois;
- les organismes partenaires s'échangent l'information, pour faciliter le traitement;
- les partenaires travaillent également ensemble pour réduire les temps d'attente.

L'élaboration de la nouvelle entente s'est effectuée en partie en réponse au rapport sur la capacité communautaire du RLISS du Sud-Ouest (*South West LHIN Community Capacity report*) (2011) quant à la santé mentale et à la lutte contre la toxicomanie, dans lequel on recommandait un certain nombre de stratégies d'intégration des services, dans le Sud-Ouest de l'Ontario.

Stratégie de traitement de la toxicomanie d'Oxford

En juillet 2012, en harmonie avec le projet d'accroissement de la capacité communautaire et de mise en œuvre du Sud-Ouest en matière de santé mentale et de toxicomanie (*South West Community Capacity and Implementation Project*), une nouvelle

entente de partenariat a été conclue entre les Services de toxicomanie de Thames Valley, la filiale du comté d'Oxford de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), le Centre de santé communautaire de Woodstock et des environs et la clinique dirigée par des infirmières et infirmiers praticiens d'Ingersoll; cette entente vise à accroître la capacité et les services de traitement directs à l'égard des personnes qui sont aux prises avec la toxicomanie, dans le comté d'Oxford.

La collaboration se concentre sur les éléments suivants pour élaborer une stratégie complète :

1. prévention, éducation et mesures de soutien;
2. formation et accompagnement professionnel visant à accroître la capacité en ayant recours à des partenaires et à des ressources externes;
3. l'élaboration de protocoles d'acheminement dans l'ensemble du comté, à tous les stades du traitement;
4. l'évaluation initiale, le dépistage et la planification du traitement;
5. la gestion de cas et les soins continus;
6. le traitement dans la collectivité.

Changements au niveau de l'expérience vécue par les clients : le récit d'une cliente.

Avant le partenariat : « Jeanne » va consulter son médecin, au Centre de santé communautaire de Woodstock et des environs. Durant la conversation, il est évident que Jeanne s'inquiète de sa consommation quotidienne croissante d'alcool. Elle a aussi commencé à essayer des médicaments d'ordonnance. La Société d'aide à l'enfance est récemment intervenue pour cause de négligence et le partenaire de Jeanne menace de quitter le foyer. Jeanne a aussi raté beaucoup de journées de travail parce qu'elle ne se sentait pas bien, durant des périodes de sevrage. Le médecin lui recommande de consulter la travailleuse en

santé communautaire pour obtenir du soutien et des ressources additionnels. Jeanne prend rendez-vous à ce sujet. Lors de sa deuxième visite au Centre de santé communautaire de Woodstock et des environs, la travailleuse en santé communautaire suggère à Jeanne de s'acheminer elle-même aux Services de toxicomanie de Thames Valley. Jeanne appelle le numéro de London, où on l'encourage à assister à une admission de groupe le mercredi matin, à London. Jeanne trouve une gardienne pour sa fille et demande à une amie de la conduire à London. Elle doit de nouveau s'absenter du travail pour cause de santé, pour participer à l'admission de jour. Elle passe deux heures à l'admission et on lui fixe un autre jour de rendez-vous où elle devra expliquer brièvement ses antécédents. Par suite de cette évaluation, on détermine qu'un groupe lui conviendrait, mais il n'y en a pas à Oxford. Jeanne ne peut pas se rendre à London pour participer au groupe. On lui offre alors l'option de counselling seule à seule. Elle a rendez-vous dans quatre mois.

Une fois le partenariat mis en oeuvre : Jeanne voit son médecin. Il amène à l'écran de son ordinateur le calendrier commun des admissions aux groupes. Il y a une admission de groupe un mercredi soir, à Woodstock, au Centre de santé communautaire de Woodstock et des environs. Jeanne n'aura pas à rater le travail et son conjoint pourra s'occuper de leur fille. L'autobus lui permettra de faire le déplacement à peu de frais. Lors de la rencontre d'admission, Jeanne examine son évaluation en compagnie d'une conseillère de l'endroit qui connaît les services offerts localement. Comme Jeanne est déjà familiarisée et à l'aise pour ce qui est de fréquenter le Centre de santé communautaire de Woodstock, elle obtient le prochain rendez-vous disponible en compagnie de la conseillère qui se trouve là, la semaine suivante. Ce sera un mercredi soir, durant les heures de prolongation, pour tenir compte de l'horaire de Jeanne et de sa fille.

Les intégrations de services suivantes ont été entreprises en 2011-2012 et se sont poursuivies en 2012-2013. Ces initiatives pluriannuelles vont continuer en 2013-2014.

Dessalement de niveau 2 en matière de santé mentale : St. Joseph's Health Care (SJHC), London

Le transfert de niveau 2 de 15 lits et des services ambulatoires connexes vers l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin est maintenant prévu pour le 30 septembre 2013. Le transfert devait initialement avoir lieu en mai 2013, mais par suite de retards imprévus dans les travaux, chez l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin, les partenaires ont dû élaborer un plan d'urgence pour accommoder le déménagement vers le nouvel établissement de 89 places de St. Thomas pour patients atteints de maladie mentale ayant posé des gestes criminels, en mai 2013. Ce plan d'urgence comprend le déménagement de 15 lits de soins actifs, qui doivent passer de l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin au St. Joseph's Health Care — Centre régional de santé mentale (CRSM) de London, ainsi que le déménagement des services ambulatoires connexes au sein de la ville de St. Thomas durant une période intérimaire débutant à la fin mars et devant se terminer lors de l'ouverture de l'emplacement de l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin, laquelle est prévue en octobre 2013.

L'entente de transfert entre l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin et l'hôpital St. Joseph's Health Care s'achève. Le RLSS, la direction des services de liaison du RLSS et le ministère de la Santé, cherche actuellement à faire désigner l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin, en vertu de la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario*.

Le transfert de l'Hôpital général de St. Thomas-Elgin est le quatrième parmi quatre transferts prévus de lits et de services ambulatoires connexes depuis l'Hôpital St. Joseph's Health Care vers quatre hôpitaux partenaires. Le premier s'est effectué en novembre 2010, alors que 50 lits et services ambulatoires connexes étaient transférés à l'Hôpital Grand River de Kitchener. Le second a eu lieu en novembre 2011, quand on a transféré 59 places et services ambulatoires connexes à l'Hôpital régional de Windsor. Le troisième transfert de 14 lits et services ambulatoires connexes, vers l'hôpital St. Joseph's Healthcare de Hamilton, aura lieu le 31 mars 2013. Le

présent transfert terminera le quatrième. Chaque transfert a touché des membres du personnel, des patients hospitalisés et non hospitalisés ainsi que des ressources financières. Les processus officiels sont terminés quant à chaque transfert de personnel et de patients et des ententes de transfert ont été signées entre les deux hôpitaux en cause. La phase finale du dessalement se terminera en juin 2014, alors que le nouvel établissement régional de soins de santé mentale de longue durée, comprenant 156 lits, ouvrira ses portes à l'emplacement de London Parkwood de l'Hôpital St. Joseph's Health Care.

Les patients en hébergement de longue durée (durée de séjour supérieure à 365 jours) continuent d'être placés avec succès dans des contextes communautaires, grâce à un processus de planification communautaire des soins qui a mené à ce qu'on doive fermer 43 des 70 places, une fermeture permanente. Au 31 janvier 2013, 80 patients en hébergement de longue durée avaient obtenu leur congé, un grand nombre d'entre eux étant placés dans des établissements dont la capacité existante permettait d'accueillir les besoins des patients, six étant réadmis et occupant toujours une place au CRSM. Parmi ces patients ayant exigé une réadmission, 14 se sont stabilisés en moins de quelques semaines et sont retournés à un placement communautaire. Le temps d'attente d'admission au CRSM s'est amélioré, la plupart des patients acheminés attendant moins longtemps, en moyenne de trois à cinq jours pour être admis, ce qui démontre une amélioration de l'accès aux soins. Le RLSS du Sud-Ouest continue d'investir pour accroître la capacité communautaire et éviter l'hospitalisation, alors que les taux de prévalence des troubles de santé mentale et de toxicomanie continuent d'augmenter.

Plan de services conjoints à l'intention des hôpitaux du comté d'Oxford

L'ouverture du nouvel Hôpital général de Woodstock, en novembre 2011, a permis d'accroître la capacité du comté d'Oxford et de la région. En 2012-2013, les trois hôpitaux du comté d'Oxford (l'Hôpital général de Woodstock, l'Hôpital Memorial du district de Tillsonburg et l'Hôpital Alexandra, à Ingersoll) ont commencé à

collaborer pour élaborer le cadre d'un plan de services conjoints.

Parmi les aboutissements prévus de la phase I, mentionnons :

- une évaluation de l'état actuel quant aux trois domaines prioritaires, dans le contexte des services qui sont offerts;
- la collecte et l'analyse de données se rapportant aux trois domaines prioritaires (comprenant aussi des critères clairs d'inclusion et d'exclusion énumérés dans la méthodologie);
- l'élaboration de recommandations d'intégration des trois domaines prioritaires, en tenant compte de toute autre initiative particulière ou régionale qui pourrait influencer sur la mise en œuvre des recommandations et/ou dont les échéances pourraient dépendre;
- l'élaboration d'un plan de projet prioritaire, y compris la mise en œuvre;
- un sommaire de responsabilité claire quant aux changements subséquents au niveau des programmes ou des services;
- en plus de ces trois projets prioritaires, les hôpitaux du comté d'Oxford reconnaissent la possibilité de collaboration et d'intégration accrues en ce qui concerne les programmes et/ou les services cliniques et non cliniques qui restent ainsi que les fonctions de gouvernance. Pour prendre des décisions fondées sur des preuves en vue de rehausser les soins offerts aux patients dans l'ensemble du comté, nous devons recueillir et analyser des données complètes, avec l'aide d'un cabinet d'experts-conseils externe. La phase II propose d'effectuer la collecte et l'analyse des données requises, l'objectif ultime étant la création d'un plan mixte de services.

La phase I devrait se terminer le 31 mai 2013.

Parmi les aboutissements souhaités et prévus de la phase II, mentionnons :

- une concentration sur l'élaboration élargie d'un plan mixte de services;
- une évaluation de l'état actuel des autres programmes et services, cliniques et non cliniques, y compris de la gouvernance;

- la collecte et l'analyse de données se rapportant aux programmes et aux services cliniques et non cliniques (incluant des critères clairs d'inclusion et d'exclusion énumérés dans la méthodologie);
- des recommandations quant à l'intégration de programmes et de services cliniques et non cliniques, en tenant compte de toute autre initiative particulière ou régionale qui pourrait influencer sur la mise en œuvre des recommandations et/ou dont des échéances dépendront, la planification des ressources humaines dans le domaine médical et la planification du transport urgent et non urgent;
- la structure de gouvernance recommandée à mettre en œuvre quant aux hôpitaux du comté d'Oxford, laquelle aidera les hôpitaux à évaluer les questions de capacité du système à mesure qu'elles évolueront;
- la fixation des priorités des services cliniques et non cliniques quant à la planification d'un modèle de prestation des services comprenant des objectifs, des éléments livrables et des échéanciers qui sont fondés sur les besoins en matière de santé des habitants du comté d'Oxford;
- le réalignement de la part de marché (rapatriement) du London Health Sciences Centre, de St. Joseph's Healthcare, London et d'autres hôpitaux avoisinants, le cas échéant;
- l'élaboration d'un plan mixte de services, y compris la mise en œuvre et une responsabilité claire quant aux changements subséquents apportés aux programmes et/ou aux services.

La phase II devrait se terminer le 31 mars 2014.

Intégration de services de soins palliatifs : London-Middlesex

En 2011-2012, l'hospice de London et la St. Joseph's Health Care Society (la Société) se sont intégrés pour créer une nouvelle entité appartenant à la Société et offrir les services que dispensait l'hospice de London et ceux du nouvel hospice résidentiel doté de lits. La planification de l'hospice résidentiel a commencé à la fin de 2011-2012, s'est poursuivie tout au long de 2012-2013 et continuera en 2013-2014; l'hospice devrait ouvrir ses portes aux pensionnaires en janvier 2014. On a déterminé un emplacement et la nouvelle entité s'appellera *St. Joseph's Hospice London*.

Indicateurs de rendement - Entente de responsabilisation ministère-RLISS 2012-13

N° de l'IR	Indicateur de rendement	Point de départ du RLISS, 2012-2013	Objectif de rendement du RLISS, 2012-2013	Rendement du RLISS, plus récent trimestre de 2012-2013	Résultat annuel du RLISS, EF de 2012-2013
Salles des urgences, attente d'autres niveaux de soins					
1	Pourcentage de journées d'attente d'autres niveaux de soins (ANS) : par RLISS de l'établissement*	12,4 %	9,46 %	10,03 %	10,51 %
2	90 ^e percentile de durée de séjour en SDU, pour les patients admis.	26,23	23,75	25,03	23,8
3	90 ^e percentile de durée de séjour en SDU, pour les patients non admis nécessitant des soins complexes (ÉTG I-III).	6,45	6,3	6,5	6,5
4	90 ^e percentile de durée de séjour en SDU, pour les patients non admis nécessitant des soins simples et légers (ÉTG IV-V).	3,87	4,0	3,67	3,77
Temps d'attente de chirurgie					
5	90 ^e percentile des temps d'attente de chirurgies de cancer	82	70	57	59
6	90 ^e percentile des temps d'attente de chirurgies de pontages	44	49	36	35
7	90 ^e percentile des temps d'attente de chirurgies de la cataracte	104	110	141	134
8	90 ^e percentile des temps d'attente d'arthroplasties de la hanche	207	178	177	188
9	90 ^e percentile des temps d'attente d'arthroplasties du genou	253	182	211	215
Temps d'attente de diagnostic					
10	90 ^e percentile des temps d'attente d'IRM de diagnostic	71	78	60	69
11	90 ^e percentile des temps d'attente de tomodensitographies de diagnostic	26	25	18	20
L'excellence des soins pour tous, qualité					
12	Réadmission après 30 jours ou moins de GMA choisies**	15,83 %	14,0 %	17,55 %	16,81 %
Santé mentale et abus d'alcool ou d'autres drogues					
13	Visites répétées et imprévues au service des urgences dans les 30 jours suivants, pour cause de troubles de santé mentale.**	15,3 %	14,5 %	15,28 %	15,52 %
14	Visites répétées et imprévues au service des urgences dans les 30 jours suivants, pour cause de toxicomanie.**	27,3 %	23,2 %	26,99 %	30,95 %
Accès aux soins dans la collectivité					
15	90 ^e percentile des temps d'attente, quant aux services à domicile offerts par le CASC, des demandes soumises dans un contexte communautaire jusqu'au moment du premier service offert par le CASC (exception faite de la gestion de cas).*	27	24	24	26

*Les données de l'exercice financier 2012-2013 se fondent sur les quatre plus récents trimestres des données (du 4^e trimestre de 2011-2012 au 3^e trimestre de 2012-2013), pour cause de disponibilité.

**Les données de l'exercice financier 2012-2013 se fondent sur les quatre plus récents trimestres des données (du 3^e trimestre de 2011-2012 au 2^e trimestre de 2012-2013), pour cause de disponibilité.

Rendement

Vous trouverez ci-dessous de plus amples détails sur les activités qui se déroulent au sein du territoire du RLISS, en ce qui concerne les principaux indicateurs prévus dans l'Entente de rendement ministère-RLISS.

En 2012-2013, le RLISS du Sud-Ouest a collaboré avec des fournisseurs de services de santé partenaires de l'ensemble du système de soins de santé, en vue d'améliorer le rendement. Ensemble, nous avons surtout cherché à susciter du changement dans des domaines clés, pour accroître l'accès en temps opportun aux services de santé, pour améliorer l'expérience vécue par les patients et/ou clients quant au système de soins de santé et pour rehausser les programmes et les services, de façon à progresser vers l'atteinte de nos objectifs de rendement. Les principales mesures que le RLISS du Sud-Ouest utilise pour surveiller l'amélioration du rendement sont exprimées clairement dans la carte de pointage du rapport sur le rendement du RLISS du Sud-Ouest ainsi que dans les tableaux de bord du rapport sur le rendement qui couvrent l'entente de rendement ministère-RLISS (voyez le tableau des indicateurs du rendement du RLISS du Sud-Ouest) et les priorités du Plan de services de santé intégrés de 2010-2013. Pour obtenir des renseignements à jour sur notre rendement, veuillez visiter la section sur le rendement de notre site Web, à l'adresse www.southwestlhin.on.ca.

Dans l'ensemble, durant l'exercice financier 2012-2013, le RLISS du Sud-Ouest a atteint un bon rendement et s'est situé dans le corridor (a respecté le niveau de base ou mieux) quant à 12 des 15 indicateurs clés du rendement prévus dans l'entente de rendement ministère-RLISS.

Amélioration des temps d'attente chez les services des urgences

En général, le RLISS du Sud-Ouest compte certains des temps d'attente les plus faibles de la province, quant aux services des urgences (parmi les cinq meilleurs de tous les RLISS). Les patients et les membres des familles attendent moins longtemps pour obtenir des soins dans notre région, alors que le rendement s'est amélioré ou se situe dans le corridor visé relativement à tous les indicateurs des services des urgences.

Amélioration quant aux patients en attente d'ANS

L'initiative Accès aux soins reste une composante clé de notre stratégie visant à aider des gens, en particulier des aînés et des adultes ayant des besoins complexes, à vivre en sécurité à domicile aussi longtemps que possible. Grâce à Chez soi en premier, nous voyons plus de gens obtenir des soins en sécurité, à domicile, après un séjour à l'hôpital et moins de gens rester à l'hôpital une fois leur phase aiguë terminée (c.-à-d. patients en attente d'autres niveaux de soins [ANS]). En 2012-2013, le rendement quant à la mesure des patients en attente d'ANS (pourcentage de journées d'attente d'ANS) s'est amélioré d'environ 15 pour 100 par rapport au taux de 2011-2012.

Amélioration de l'accès aux chirurgies et aux tests de diagnostic

L'amélioration de l'accès aux chirurgies et à l'imagerie diagnostique a également été une priorité. En 2012-2013, les temps d'attente de chirurgie se sont améliorés dans les domaines suivants : cancer, coeur, arthroplasties du genou et de la hanche. Les temps d'attente d'imagerie diagnostique (IRM et tomographies) se sont aussi améliorés par rapport au niveau de base. Une stratégie clé d'amélioration des temps d'attente, dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest, a consisté à susciter la création « d'équipes de gestion du rendement » (partenariats d'apprentissage formés d'intervenants multiples), pour favoriser l'analyse des causes fondamentales du rendement quant aux indicateurs clés et la création d'une occasion commune d'engendrer des améliorations grâce à la gestion des processus. En 2011-2012 et 2012-2013, nous avons lancé la création d'équipes de gestion du rendement quant aux chirurgies de cancer et aux arthroplasties du genou et de la hanche.

Le temps que les patients passent à attendre une chirurgie de cancer s'est amélioré de 28 pour 100 au cours de l'année qui vient de s'écouler. Ces dernières années, le RLISS du Sud-Ouest a invariablement rapporté les temps d'attente les plus longs quant aux chirurgies de cancer, en Ontario. Cette dernière année et demie cependant, le RLISS du Sud-Ouest, le Programme régional de cancérologie du Sud-Ouest et les hôpitaux partenaires qui offrent des chirurgies de cancer ont travaillé ensemble pour lancer une approche multidimensionnelle d'amélioration des temps d'attente à l'égard des cancéreux et nous récoltons maintenant les conséquences favorables de nos efforts collectifs. Notre objectif, cette année, consiste à veiller

mettre en œuvre un processus de divulgation, de surveillance et d'amélioration viable grâce au nouveau
Possibilités d'amélioration

Bien que nous ayons connu un bon rendement dans de nombreux domaines, nous avons encore du travail à faire pour atteindre d'autres objectifs de rendement. Ainsi, nos temps d'attente quant aux chirurgies de la cataracte ont empiré cette dernière année. À mesure que nous allons de l'avant, le RLISS du Sud-Ouest examinera des possibilités d'amélioration à ce chapitre.

Le rendement a également diminué quant aux indicateurs clés suivants :

- réadmission à l'hôpital en 30 jours ou moins;
- nouvelles visites aux services des urgences relativement à des inquiétudes liées à la toxicomanie, en 30 jours ou moins.

L'amélioration du rendement quant aux aspects ci-dessus constitue une partie clé de notre Plan de services de santé intégrés de 2013-2016; elle s'harmonise avec notre objectif ultime d'amélioration du

Conseil de la qualité.

« temps que les gens passent à vivre en sécurité et de façon autonome, à domicile ». Les principales interventions d'amélioration, dans ces domaines, incluent la mise en œuvre de Maillons santé, l'élargissement du travail de Partenariat de qualité et l'amélioration du soutien de gestion des cas de crise et de transition, dans le secteur du RLISS du Sud-Ouest.

Nous avons réalisé des progrès substantiels pour ce qui est d'améliorer de nombreux domaines, cette année, au sein du secteur du RLISS du Sud-Ouest. Notre plan stratégique, ajouté à la mise en œuvre de notre stratégie d'amélioration du rendement, nous permettra d'optimiser les conséquences pour notre système de soins de santé ainsi que de comprendre et de suivre les progrès pour fins d'amélioration. En plus d'accroître la responsabilité, la surveillance et la divulgation, nous allons continuer de faire progresser nos efforts d'amélioration grâce à une démarche préventive et proactive.

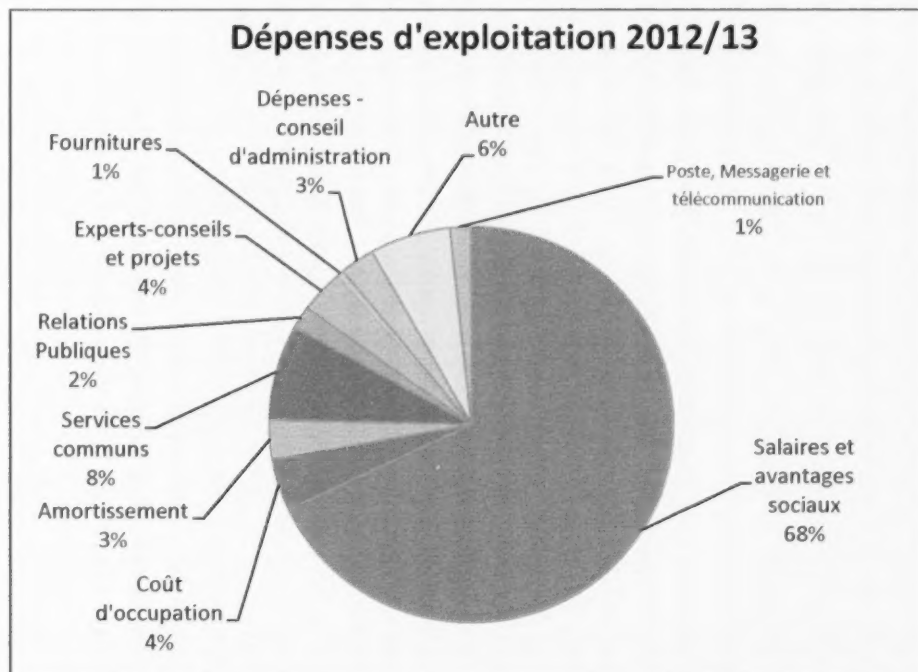
Rendement de l'exploitation

En 2012-2013, le budget d'exploitation du RLISS du Sud-Ouest comprenait deux volets :

- 5,1 millions de dollars alloués à l'exploitation;
- 2,0 millions de dollars alloué à des projets spéciaux.

Exploitation

Le RLISS du Sud-Ouest a terminé l'année en ayant un excédent de 54 084 dollars. Il s'est produit des excédents de financement quant aux projets spéciaux. Le tableau ci-après montre les dix principales catégories de dépenses du RLISS du Sud-Ouest. Les salaires et les avantages sociaux constituent notre plus grande dépense, le personnel comptant 32 ETP et huit employés contractuels qui s'occupent de projets d'exploitation particuliers.



Projets spéciaux

Le financement non renouvelable que le RLISS du Sud-Ouest a reçu et les dépenses qu'il a encourues pour entreprendre la planification et l'élaboration de projets spéciaux durant l'exercice financier 2012-2013 étaient les suivants.

	Financement	Dépenses*
Planification des services aux Autochtones (de base)	35 000	32 760
Services en français (de base)	106 000	93 198
Technologie	578 560	512 356
Cybersanté - Projet SPIRE	773 833	738 968
Responsable des soins aux malades en phase critique	75 000	74 508
Responsable des salles des urgences	75 000	74 889
Responsable des soins primaires	75 000	74 889
Responsable des salles des urgences et/ou des patients en attente d'autres niveaux de soins	100 000	98 245
Centres de coordination régionaux pour le diabète	206 632	169 265
Total	2 025 025	1 868 205

*Les excédents ont été remis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à Cybersanté Ontario.

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

États financiers

2012-2013

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

31 mars 2013

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant	1-2
État de la situation financière	3
État des activités financières.....	4
État de la variation de la dette nette.....	5
État des flux de trésorerie	6
Notes complémentaires	7-15

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les Normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest au 31 mars 2013, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada.

Deloitte s.r.l.

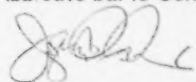
Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 22 mai 2013

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la situation financière
au 31 mars 2013

	2013	2012
	\$	\$
Actifs financiers		
Trésorerie	892 912	325 816
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») relativement aux paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	8 505 822	2 025 893
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	17 190	-
Montant à recevoir au titre de la taxe de vente harmonisée	79 069	45 355
Débiteurs	3 879	16 490
	9 498 872	2 413 554
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	795 784	308 018
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	8 505 822	2 025 893
Montant à verser au Ministère (note 3b)	176 111	48 082
Montant à verser à cyberSanté Ontario (note 3c)	52 319	62 791
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	-	7 440
Apports de capital reportés (note 5)	262 387	267 754
	9 792 423	2 719 978
Dettes		
Dettes nettes	(293 551)	(306 424)
Engagements (note 6)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	31 164	38 670
Immobilisations corporelles (note 7)	262 387	267 754
	293 551	306 424
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil



Administrateur



Administrateur

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des activités financières

pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013		2012
	Budget (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 150 971 662	2 190 349 994	2 169 260 125
Activités du RLISS	4 895 719	4 873 561	5 146 833
Planification autochtone (note 10a)	35 000	35 000	35 000
Services en français (note 10b)	106 000	106 000	106 000
Soins aux malades en phase critique (note 10c)	75 000	75 000	75 000
Chef de service des urgences (note 10d)	75 000	75 000	62 132
Chef de la performance du projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (note 10e)	100 000	100 000	88 008
Chef des soins primaires (note 10f)	75 000	75 000	18 750
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10g)	-	-	57 000
Technologies habilitantes (note 10h)	510 000	578 560	589 397
Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (note 10i)	-	206 632	-
Projet SPIRE et cSWO des services de cybersanté (note 10j)	1 025 400	773 833	302 900
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	162 000	162 000	158 851
	2 158 030 781	2 197 410 580	2 175 899 996
Financement remboursable à cyberSanté Ontario (note 3a)	-	(34 865)	(62 791)
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(176 111)	(49 207)
	2 158 030 781	2 197 199 604	2 175 787 998
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 150 971 662	2 190 349 994	2 169 260 125
Frais généraux et administratifs (note 11)	5 057 719	4 981 477	5 294 857
Planification autochtone (note 10a)	35 000	32 760	21 466
Services en français (note 10b)	106 000	93 198	87 247
Soins aux malades en phase critique (note 10c)	75 000	74 508	73 831
Chef de service des urgences (note 10d)	75 000	73 944	62 132
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10e)	100 000	98 245	88 008
Chef des soins primaires (note 10f)	75 000	74 889	16 091
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10g)	-	-	54 735
Technologies habilitantes (note 10h)	510 000	512 356	559 811
Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (note 10i)	-	169 265	-
Projets SPIRE et cSWO des services de cybersanté (note 10j)	1 025 400	738 968	269 695
	2 158 030 781	2 197 199 604	2 175 787 998
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des activités financières

pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013		2012
	Budget (note 8)	Montant réel	Montant réel
	\$	\$	\$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 150 971 662	2 190 349 994	2 169 260 125
Activités du RLIS	4 895 719	4 873 561	5 146 833
Planification autochtone (note 10a)	35 000	35 000	35 000
Services en français (note 10b)	106 000	106 000	106 000
Soins aux malades en phase critique (note 10c)	75 000	75 000	75 000
Chef de service des urgences (note 10d)	75 000	75 000	62 132
Chef de la performance du projet Interventions d'urgence – Autre niveau de soins (« Urgences – ANS ») (note 10e)	100 000	100 000	88 008
Chef des soins primaires (note 10f)	75 000	75 000	18 750
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10g)	-	-	57 000
Technologies habilitantes (note 10h)	510 000	578 560	589 397
Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (note 10i)	-	206 632	-
Projet SPIRE et cSWO des services de cybersanté (note 10j)	1 025 400	773 833	302 900
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	162 000	162 000	158 851
	2 158 030 781	2 197 410 580	2 175 899 996
Financement remboursable à cyberSanté Ontario (note 3a)	-	(34 865)	(62 791)
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	(176 111)	(49 207)
	2 158 030 781	2 197 199 604	2 175 787 998
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	2 150 971 662	2 190 349 994	2 169 260 125
Frais généraux et administratifs (note 11)	5 057 719	4 981 477	5 294 857
Planification autochtone (note 10a)	35 000	32 760	21 466
Services en français (note 10b)	106 000	93 198	87 247
Soins aux malades en phase critique (note 10c)	75 000	74 508	73 831
Chef de service des urgences (note 10d)	75 000	73 944	62 132
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10e)	100 000	98 245	88 008
Chef des soins primaires (note 10f)	75 000	74 889	16 091
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 10g)	-	-	54 735
Technologies habilitantes (note 10h)	510 000	512 356	559 811
Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète (note 10i)	-	169 265	-
Projets SPIRE et cSWO des services de cybersanté (note 10j)	1 025 400	738 968	269 695
	2 158 030 781	2 197 199 604	2 175 787 998
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013	2012
	Montant réel	Montant réel
	\$	\$
Surplus de l'exercice	-	-
Variation des charges payées d'avance, montant net	7 506	(16 999)
Acquisition d'immobilisations corporelles	(156 633)	(17 190)
Amortissement des immobilisations corporelles	162 000	158 851
Diminution de la dette nette	12 873	124 662
Dette nette au début	(306 424)	(431 086)
Dette nette à la fin	(293 551)	(306 424)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des flux de trésorerie

pour l'exercice clos le 31 mars 2013

	2013	2012
	\$	\$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	162 000	158 851
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	(162 000)	(158 851)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
(Augmentation) diminution du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	(6 479 929)	35 386 994
(Augmentation) diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLIS	(17 190)	3 736
Augmentation (diminution) des débiteurs	12 611	(15 069)
(Diminution) augmentation du montant à recevoir au titre de la taxe de vente harmonisée	(33 714)	20 113
Augmentation (diminution) des créditeurs et charges à payer	487 766	(273 223)
Augmentation (diminution) du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	6 479 929	(35 386 994)
Augmentation du montant à verser au Ministère	128 029	19 564
(Diminution) augmentation du montant à verser à cyberSanté Ontario	(10 472)	62 791
(Diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLIS	(7 440)	(191)
Augmentation (diminution) des charges payées d'avance	7 506	(16 999)
	567 096	(199 278)
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations corporelles	(156 633)	(17 190)
Financement		
Apports de capital reportés reçus (note 5)	156 633	17 190
Augmentation (diminution) nette de la trésorerie	567 096	(199 278)
Trésorerie au début	325 816	525 094
Trésorerie à la fin	892 912	325 816

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest a été constitué par lettres patentes le 9 juillet 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « *RLISS* ») et ses lettres patentes étaient dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS couvre le territoire allant de Tobermory, au nord, à Long Point, au sud, soit une superficie d'environ 22 000 kilomètres carrés. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« *entente de rendement* ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1^{er} avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« *entente de paiement de transfert* ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables pour le secteur public du Canada. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles et la perte de valeur d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Les sommes non dépensées sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations corporelles est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations corporelles est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations corporelles de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans (méthode linéaire)
Développement Web	3 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est comptabilisé pour un exercice complet.

2. Principales conventions comptables (suite)

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables du secteur public du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

Adoption de nouvelles normes comptables

Au 1^{er} avril 2012, le RLISS a adopté le chapitre 1201, intitulé « Présentation des états financiers », le chapitre 2601, intitulé « Conversion de devises », le chapitre 3410, intitulé « Paiements de transfert », et le chapitre 3450, intitulé « Instruments financiers » du *Manuel de comptabilité pour le secteur public*. L'adoption de ces nouvelles normes n'a eu aucune incidence sur les états financiers.

3. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée à cyberSanté Ontario.

- a) Le montant remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2013	2012
	Financement	Charges admissibles	Excédent	Excédent
	\$	\$	\$	\$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	2 190 349 994	2 190 349 994	-	-
Activités du RLISS	4 873 561	4 819 477	54 084	10 827
Planification autochtone	35 000	32 760	2 240	13 534
Services en français	106 000	93 198	12 802	18 753
Soutien en cas de troubles du comportement	-	-	-	2 265
Technologies habilitantes	578 560	512 356	66 204	45 337
Projet SPIRE des services de cybersanté	773 833	738 968	34 865	17 454
Soins aux malades en phase critique	75 000	74 508	492	1 169
Chef de service des urgences	75 000	73 944	1 056	-
Chef des soins primaires	75 000	74 889	111	2 659
Chef du projet Urgences – ANS	100 000	98 245	1 755	-
Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète	206 632	169 265	37 367	-
	2 197 248 580	2 197 037 604	210 976	111 998

3. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (suite)

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2013	2012
	\$	\$
Montant à verser au Ministère au début	48 082	28 518
Montant du financement remboursé au Ministère	(48 082)	(28 518)
Montant du financement à recevoir du Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	-	(1 125)
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	176 111	49 207
Montant à verser au Ministère à la fin	176 111	48 082

c) Le montant à verser à cyberSanté Ontario au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2013	2012
	\$	\$
Montant à verser à cyberSanté Ontario au début	62 791	-
Montant versé à cyberSanté Ontario au cours de l'exercice	(45 337)	-
Montant du financement remboursable à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	34 865	62 791
Montant à verser à cyberSanté Ontario à la fin	52 319	62 791

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujéti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Le partenariat des RLISS (le « PRLISS ») a été créé au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. Le PRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en coopération avec les systèmes de soin de santé, de les appuyer dans leur rôle de gestionnaire de système et, quand il y a lieu, de favoriser l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales, ainsi que de permettre la détermination et la communication des pratiques exemplaires. Le PRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement du PRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

5. Apports de capital reportés

	2013	2012
	\$	\$
Solde au début	267 754	409 415
Apports de capital reçus au cours de l'exercice (note 8)	156 633	17 190
Amortissement pour l'exercice	(162 000)	(158 851)
Solde à la fin	262 387	267 754

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel jusqu'en 2018 et qui sont assortis des modalités de renouvellement habituelles. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	\$
2014	292 735
2015	254 459
2016	93 101
2017	4 789
2018	4 014

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	\$
2014	2 131 943 582

Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations corporelles

			2013	2012
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	\$	\$	\$	\$
Matériel informatique	172 575	120 528	52 047	44 135
Améliorations locatives	1 588 789	1 415 762	173 027	146 351
Matériel, mobilier et agencements de bureau	218 003	180 690	37 313	77 268
Développement Web	21 998	21 998	-	-
	2 001 365	1 738 978	262 387	267 754

8. Chiffres du budget

Le budget a été approuvé par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1^{er} avril 2012. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 2 190 349 994 \$ est calculé comme suit :

\$

Budget initial	2 150 971 662
Ajustement en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	39 378 332
Budget de financement final des fournisseurs de services de santé	2 190 349 994

Le budget final du RLISS de 7 373 852 \$, excluant le financement des fournisseurs de services de santé, se compose des éléments suivants :

\$

Budget initial	7 059 119
Réduction du financement accordé au projet SPIRE des services de cybersanté	(294 900)
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	453 000
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	156 633
Budget d'exploitation final du RLISS	7 373 852

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 2 190 349 994 \$ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2013 :

	2013	2012
	\$	\$
Gestion d'hôpitaux	1 566 756 371	1 569 651 483
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	451 500	451 500
Centres de soins de longue durée	299 613 261	293 210 720
Centres d'accès aux soins communautaires	188 487 125	179 155 370
Services de soutien communautaires	39 092 788	37 367 473
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	17 490 024	17 324 750
Centres de soins de santé communautaires	16 979 597	15 433 606
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	61 479 328	56 665 223
	2 190 349 994	2 169 260 125

Le RLISS reçoit du Ministère de l'argent qu'il répartit à son tour entre les fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2013, un montant de 8 505 822 \$ (2 025 893 \$ en 2012) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges à l'état des activités financières, et il est inclus au tableau précédent.

10. Programmes

a) *Planification autochtone*

Le Ministère a octroyé un montant de 35 000 \$ (35 000 \$ en 2012) au RLISS relativement à la planification autochtone. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 32 760 \$ (21 466 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 2 240 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

b) *Services en français*

Le Ministère a octroyé un montant de 106 000 \$ (106 000 \$ en 2012) au RLISS relativement au financement des services en français. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 93 198 \$ (87 247 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 12 802 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

c) *Chef des soins aux malades en phase critique*

Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 \$ (75 000 \$ en 2012) au RLISS relativement au financement des soins aux malades en phase critique. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 74 508 \$ (73 831 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 492 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

d) *Chef de service des urgences*

Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 \$ (62 132 \$ en 2012) au RLISS relativement au service des urgences. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 73 944 \$ (62 132 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 1 056 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

e) *Chef du projet Urgences – ANS*

Le Ministère a octroyé un montant de 100 000 \$ (88 008 \$ en 2012) au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion des urgences. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 98 245 \$ (88 008 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 1 755 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

f) *Chef des soins primaires*

Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 \$ (18 750 \$ en 2012) au RLISS relativement au chef des soins primaires. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 74 889 \$ (16 091 \$ en 2012) et a comptabilisé le solde restant de 111 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

g) *Soutien en cas de troubles du comportement*

Le Ministère a octroyé un montant de néant (57 000 \$ en 2012) au RLISS relativement à la planification du soutien en cas de troubles du comportement. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant néant (54 735 \$ en 2012).

h) *Technologies habilitantes*

Le Ministère a octroyé un montant de 580 000 \$ (600 000 \$ en 2012) au RLISS relativement aux initiatives liées aux technologies habilitantes. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 512 356 \$ (559 811 \$ en 2012) et des dépenses en immobilisations de 1 440 \$ (10 603 \$ en 2012) qui ont été comptabilisées au titre des immobilisations, et le financement connexe a été comptabilisé à titre d'apports de capital reportés. Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 66 204 \$ à titre de montant à verser au Ministère.

10. Programmes (suite)

i) Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète

Le Ministère a octroyé un montant de 338 228 \$ (néant en 2012) au RLISS relativement aux initiatives liées aux centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 169 265 \$ (néant en 2012) et des dépenses en immobilisations de 131 596 \$ (néant en 2012) ont été comptabilisées au titre des immobilisations, et le financement connexe a été comptabilisé à titre d'apports de capital reportés. Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 37 367 \$ à titre de montant à verser au Ministère. Les dépenses engagées se détaillent comme suit :

	2013	2012
	\$	\$
Salaires	34 205	-
Charges opérationnelles	4 792	-
Charges non récurrentes	261 864	-
Total	300 861	-

j) cyberSanté Ontario – Projets SPIRE et cSWO

Le RLISS a conclu une entente de paiement de transfert avec cyberSanté Ontario, qui fournit un montant de 775 272 \$ (302 900 \$ en 2012) au RLISS, soit 730 500 \$ relativement à Southwest Physicians Interface with Regional EMRs (SPIRE) et 44 772 \$ relativement à Connecting South West Ontario (cSWO). Le RLISS a engagé des charges d'exploitation de 738 968 \$ (269 695 \$ en 2012) et des dépenses en immobilisations de 1 439 \$ (néant en 2012) ont été comptabilisées au titre des immobilisations, et le financement connexe a été comptabilisé à titre d'apports de capital reportés. Le RLISS a comptabilisé le solde restant de 34 865 \$, dont la totalité est liée à SPIRE, à titre de montant à verser à cyberSanté Ontario.

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2013	2012
	\$	\$
Salaires et charges sociales	3 385 331	3 522 153
Charges locatives	206 682	207 850
Amortissement	162 000	158 851
Services partagés	341 520	451 995
Structure de collaboration avec les RLISS	47 500	50 000
Relations publiques	90 192	105 639
Services-conseils et charges liées au projet	178 194	183 184
Fournitures	25 901	45 676
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	52 805	42 423
Indemnités quotidiennes des administrateurs	38 490	54 435
Charges des membres du Conseil	47 101	89 251
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	84 711	67 790
Autres	321 050	315 610
	4 981 477	5 294 857

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 30 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2013 a totalisé 278 905 \$ (292 146 \$ en 2012) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été effectuée au 31 décembre 2012, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujéti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Chiffres correspondants

Certains chiffres correspondants ont été reclassés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée pour l'exercice visé.

ISSN 1911-4214 juin/13 © 2013



Ontario

Réseau local d'intégration
des services de santé